

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I, II, IIIA

Nguyễn Lam Hòa¹, Nguyễn Bá Mạnh¹ và cs

TÓM TẮT

Trong giai đoạn 2007-2011, 54 trường hợp ung thư vú giai đoạn I, II, IIIA được điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú triệt căn cải tiến tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng. Kết quả cho thấy: tuổi mắc bệnh trung bình: 53 Ung thư thể ống xâm lấn chiếm tỷ lệ cao nhất: 90,7%. Thời gian phẫu thuật trung bình: 93 phút. Không có tai biến trong phẫu thuật. Biến chứng sau mổ là 13%. 11 trường hợp (20,4%) tái phát và di căn xa. Tỷ lệ sống thêm 5 năm không bệnh là 79,6% và sống thêm toàn bộ là 98,1%. Từ khóa: ung thư vú, cắt toàn bộ tuyến vú triệt căn cải tiến.

ABSTRACT

RESULT OF SURGICAL TREATMENT FOR BREAST CANCER GRADE I, II, IIIA

Nguyen Lam Hoa¹, Nguyen Ba Manh¹ et al

In period 2007-2011, Modified radical mastectomy was performed in 54 breast cancers grade I, II, IIIA and adjuvant Chemo-Radiotherapy in Hai Phong Oncology Center.

Mean age: 53. Ductal invasive carcinoma accounted for 90,7%. Mean times of operation were 93 minutes. There is no surgical accident. Surgical complication: 13%. Recidive and distance metastage was 20,4% (11 cases).

The result 5 years of DFS - 79,6% and OS - 98,1%

Key words: breast cancers, modified radical mastectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh phổ biến trong các ung thư ở nữ giới. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc UTV là 19,6/100.000 dân ở phía Bắc và 16,3/100.000 dân ở phía Nam. Tại Hải Phòng tỷ lệ mắc UTV là 21,5/100.000 [1], [2].

Điều trị ung thư vú là sự phối hợp giữa các phương pháp tại chỗ, tại vùng bằng phẫu thuật, xạ trị với các phương pháp toàn thân bằng hóa chất, nội

tiết, sinh học, trong đó phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất, đặc biệt đối với các trường hợp chưa có di căn.

Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng mỗi năm tiếp nhận nhiều trường hợp UTV mới. Từ năm 2005 đến nay, Trung tâm đã có những cải tiến trong mổ vét hạch nách, cùng với việc áp dụng sinh thiết tức thì trong mổ đã làm giảm các biến chứng sau mổ, rút ngắn thời gian điều trị hậu phẫu cho bệnh nhân.

1. Trung tâm Ung Bướu BV Việt Tiệp. Hải Phòng

- Ngày nhận bài (received): 16/7/2013; Ngày phản biện (revised): 25/7/2013
- Ngày đăng bài (accepted): 26/8/2013
- Người phản biện: TS Nguyễn Đình Tùng. TS. Nguyễn Văn Bằng
- Người phản hồi (Corresponding author): PGS.TS Nguyễn Lam Hòa
- Email: pgsphanboichau2012@gmail.com ĐT: 01278248668.

Chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu:

Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I, II, IIIA được phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu 54 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I,II,IIIA được điều trị bằng phẫu thuật Patey có hoá – xạ bổ trợ tại Trung tâm Ung Bướu Hải Phòng từ 1/2007 đến 12/2011.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Là nữ giới. Được chẩn đoán giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến vú giai đoạn I, II, IIIA.

Tiêu chuẩn loại trừ: Ung thư vú tái phát sau điều trị, ung thư từ nơi khác di căn đến vú. Sarcome tuyến vú, lao tuyến vú.

2.2. Phương pháp

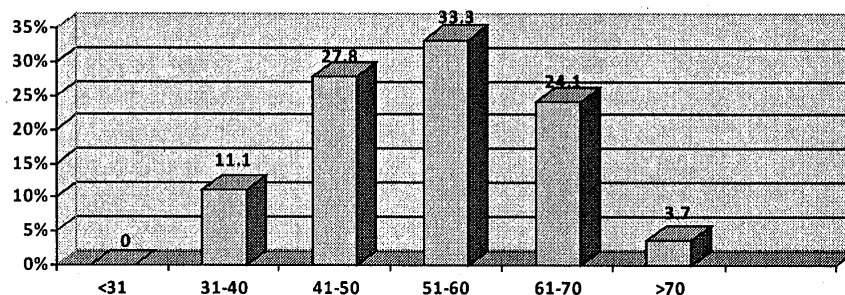
Nghiên cứu mô tả hồi cứu, các số liệu dựa theo hồ sơ bệnh án lưu trữ.

Đánh giá tái phát, di căn, sống thêm theo tái khám hoặc liên hệ qua điện thoại.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 19.0

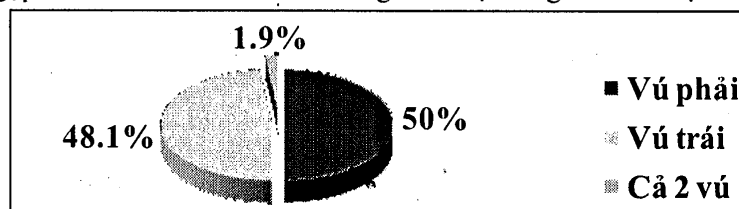
III. KẾT QUẢ & BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng



Biểu đồ 1: Phân bố tuổi trong nhóm nghiên cứu

Tuổi mắc bệnh hay gặp nhất là 40-60 tuổi nằm trong biên độ trung bình về độ tuổi hay mắc bệnh.



Biểu đồ 2: Tỷ lệ phân bố vị trí khối u

Vị trí u: tỷ lệ u vú phải (50%) cao hơn vú bên trái (48,1%). Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trong nước với tỷ lệ mắc bệnh ở 2 bên vú không khác nhau nhiều.

Bảng 1. Bảng vị trí u theo UICC

Vị trí	n	%
1/4 trên trong	9	16,7
1/4 trên ngoài	38	70,4
1/4 dưới ngoài	3	5,6
1/4 dưới trong	3	5,6
Trung tâm	1	1,9
Tổng	54	100

Vị trí u trên vú hay gặp nhất là 1/4 trên ngoài (70,4%) và ít nhất là 1/4 dưới trong (5,6%). Kết quả này phù hợp với các tác giả. Có thể do ở vị trí 1/4 trên ngoài có mật độ tuyến vú cao hơn các vị trí khác nên tần suất xuất hiện khối u ở vùng này lớn hơn.

Bảng 2. Tỷ phân phân bố khối u theo kích thước

Kích thước (cm)	n	%
U < 2 (T1)	1	1,9
2 ≤ U ≤ 5 (T2)	46	85,2
U > 5 (T3)	7	12,9
Tổng	54	100

Kích thước u: trung bình là 3,4 cm, trong đó tỷ lệ u kích thước > 2m chiếm 98,1%. Kết quả này phù hợp với các tác giả trong nước khi nghiên cứu kích thước u chủ yếu là > 2cm.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Chẩn đoán tế bào học (FNAC) có độ nhạy 90,7%, âm tính giả 9,3%. Kết quả này phù hợp với tác giả Lê Quang Hải với FNAC có độ nhạy 87% [3].

Sinh thiết tức thì: đây là phương pháp chẩn đoán nhanh, độ chính xác cao và có vai trò quan trọng, đặc biệt trong những trường hợp chẩn tế bào học gặp khó khăn. 4 trường hợp STTT trong mổ với độ nhạy 100%. Điều này giúp cho bệnh nhân không phải trải qua 2 lần phẫu thuật như trước, rút ngắn được thời gian điều trị hậu phẫu.

Mô bệnh học: ung thư biểu mô thể ống xâm nhập gặp nhiều nhất chiếm 90,7%, các loại khác chiếm 9,3%. Kết quả này cũng giống với y văn và tương đương với kết quả của Tạ Văn Tờ (2004) và Nguyễn Văn Qui, ung thư biểu mô ống xâm nhập cũng chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 79% và 86,3% [4], [5].

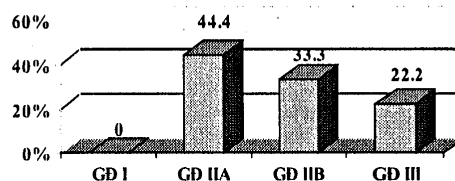
Bảng 3. Tỷ lệ độ mô học

Độ mô học	n	%
Độ 1	5	14,7
Độ 2	26	76,5
Độ 3	3	8,8
Tổng	34	100

Độ mô học: là yếu tố tiên lượng quan trọng ảnh

hưởng sống còn. Trong nghiên cứu cho thấy: độ II chiếm tỷ lệ cao nhất 76,5%. Kết quả phù hợp với các nghiên cứu của Tạ Văn Tờ, Nguyễn Văn Qui độ II chiếm tỷ lệ cao nhất là 71% và 88,1% [4], [5].

Chẩn đoán giai đoạn:



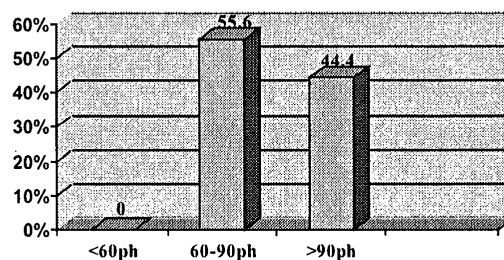
Biểu đồ 3: Giai đoạn bệnh

Giai đoạn IIA thường gặp nhất: 24 trường hợp chiếm 44,4%; sau đó đến giai đoạn IIB: 18 trường hợp chiếm 33,3%, giai đoạn IIIA: 12 trường hợp chiếm 22,2%; không có trường hợp nào ở giai đoạn I.

3.3. Kết quả điều trị

3.3.1. Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật



Biểu đồ 4: Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn cải tiến tùy theo trình độ kỹ thuật và trang thiết bị của từng cơ sở. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian mổ trung bình là 93±19 phút. Thời gian hậu phẫu trung bình là 12±3 ngày. Các trường hợp thời gian hậu phẫu kéo dài chủ yếu là do bệnh nhân có biến chứng tụ dịch vùng nách 7 trường hợp, chiếm tỷ lệ 13%.

Bảng 4. Số lượng hạch nách nạo vét

Số lượng	n	%
0 hạch	25	46,3
1-3 hạch	23	42,6
4-9 hạch	5	9,2
> 9 hạch	1	1,9
Tổng	54	100

Tất cả các trường hợp được nạo vét hạch mức 2 hay nạo vét hạch đến mức 3. Số lượng hạch nạo vét trung bình: 10 hạch, đủ tiêu chuẩn đánh giá tình trạng hạch nách.

Có 29 trường hợp di căn hạch nách chiếm 53,7% phù hợp với nghiên cứu của Tạ Văn Tờ là 52,8%, Nguyễn Văn Qui là 50,9%. Hạch N1 là 21 trường hợp (31,8%), hạch N2 là 8 trường hợp (14,9%), hạch N3 là 8 trường hợp (14,9%). Có 3 trường hợp có di căn hạch Rotter (5,5%). Di căn hạch nách: hạch nách di căn và số hạch di căn đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh [4], [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào có biến chứng phù tay sau mổ do xâm lấn mạch. Theo chúng tôi có thể do trong quá trình vét hạch nách đặc biệt quan tâm kiểm tra nạo vét nhóm hạch Rotter và hạch đầu ống cánh tay, đây là những nhóm hạch các phẫu thuật viên hay bỏ sót dẫn đến khi hạch bị di căn phát triển cản trở tuần hoàn bạch huyết hoặc chèn ép tĩnh mạch, gây nên hiện tượng phù tay và dẫn tới hậu quả nặng nề. Kết quả này được chúng tôi ghi nhận và coi việc kiểm tra vét nhóm hạch này như là yêu cầu bắt buộc trong những cuộc phẫu thuật về sau này, vấn đề này đã được nêu ra trong nghiên cứu của Nguyễn Đình Tùng [6].

Biến chứng sau mổ

Bảng 5. Các biến chứng sau mổ

Các biến chứng	n	%
Chảy máu sau mổ	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Hoại tử vật da	0	0
Tụ dịch kéo dài tại hố nách	7	13
Tụ dịch kéo dài tại diện cắt vú	0	0
Phù tay	0	0
Tổng	7	13

Tỷ lệ biến chứng là: 13%. Nhìn chung không có biến chứng nặng sau phẫu thuật. Biến chứng chủ yếu là tụ dịch kéo dài vùng hố nách. Không có trường hợp có biến chứng chảy máu, nhiễm trùng, hoại tử vật da và phù tay sau mổ.

3.3.2. Điều trị bổ trợ

Bảng 6. Điều trị bổ trợ sau mổ

Phương pháp bổ trợ	n	%
Hóa chất	47	87
Nội tiết	13	24
Tia xạ	40	74

Điều trị hóa chất sau mổ: 47 trường hợp (87%). Điều trị nội tiết cho 13 trường hợp chiếm 24% có thụ thể ER, PR (+) hoặc Her- 2 neu (+).

Để hạn chế nguy cơ tái phát và di căn sau mổ hóa trị bổ trợ là cần thiết, thời điểm bắt đầu truyền tốt nhất là trong vòng 4 tuần sau mổ. Trong nghiên cứu có 47 trường hợp được truyền hóa chất sau mổ chiếm tỷ lệ 87%. Các trường hợp không truyền hóa chất thường do tuổi cao, ở xa cơ sở điều trị, điều kiện kinh tế gia đình khó khăn.

Có 40 trường hợp được tia xạ (74%). Vai trò của tia xạ là làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ, tại vùng. Các trường hợp được tia xạ hậu phẫu không thấy có ảnh hưởng đến kết quả của phẫu thuật.

3.3.3. Kết quả xa

** Tỷ lệ tái phát và di căn xa:*

Bảng 7. Tỷ lệ tái phát, di căn xa

	n	%
Tái phát tại chỗ, tại vùng	6	11,1
Di căn xa	5	9,3
Tổng	11	20,4

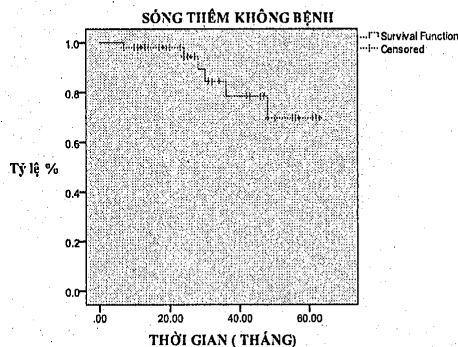
Trong 54 trường hợp, có 6 trường hợp tái phát tại chỗ, tại vùng. 5 trường hợp di căn xa chiếm 20,4%. Các trường hợp di căn chủ yếu là di căn xương.

Tái phát tại chỗ, tại vùng: tỷ lệ tái phát (11,1%) tương đối thấp so với các nghiên cứu khác có thể do các bệnh nhân được hóa xạ sau mổ tương đối đầy đủ. Có 5 trường hợp di căn xa (9,3%). Tỷ lệ di căn xa tăng tỷ lệ thuận với thời gian theo dõi.

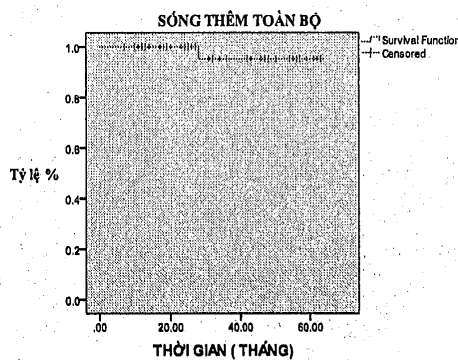
Có 1 trường hợp tử vong 28 tháng sau phẫu thuật (1,9%). Bệnh nhân này được chẩn đoán giai đoạn IIIA, độ mô học III. Sau phẫu thuật đã được hóa

chất và tia xạ. Đến tháng thứ 7 sau phẫu thuật bệnh nhân có biểu hiện của tái phát tại hạch nách 2 bên và di căn phổi gây tràn dịch màng phổi và tử vong do suy hô hấp.

* Thời gian sống thêm:



Biểu đồ 5: Tỷ lệ sống thêm không bệnh



Biểu đồ 6: Tỷ lệ sống thêm toàn bộ

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ sống thêm không bệnh là 79,6% và sống thêm toàn bộ là 98,1%.

Sống thêm sau điều trị biểu hiện kết quả điều trị tùy thuộc vào vấn đề chẩn đoán giai đoạn bệnh, khả năng, sự hiểu biết mới về sinh học ung thư của thầy thuốc nhằm chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp và đạt hiệu quả cao nhất. Tuy nhiên với thời gian theo dõi trung bình còn ngắn là 28 tháng nên chưa thấy sự khác biệt về kết quả xa giữa các nhóm nghiên cứu.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 54 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I, II, IIIA được điều trị bằng phẫu thuật từ 1/2007 đến 12/2011. Chúng tôi có nhận xét sau:

Thường gặp nhất ở độ tuổi 40-60. U kích thước > 2 cm là chủ yếu. FNAC có độ chính xác 91,6%. Carcinome thể ống xâm nhập chiếm tỷ lệ cao nhất (90,7%). Tỷ lệ di căn hạch nách là 53,7%. Chủ yếu độ mô học II chiếm 76,5%.

Không có tai biến trong mổ. Tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp chấp nhận được (13%). Không có trường hợp nào phù tay sau mổ.

Tỷ lệ tái phát tại chỗ trong thời gian nghiên cứu là 11,1 %, tỷ lệ di căn xa 9,3%. Có 1 trường hợp tử vong trong thời gian theo dõi – 1,9%.

Sống thêm không bệnh là 79,6%; sống thêm toàn bộ là 98,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức (2003), *Bệnh Ung thư vú*, NXB Y học.
2. Nguyễn Lam Hoà và CS (2010), “Kết quả ghi nhận ung thư quản thể tại Hải Phòng từ 2001-2010”, *Tạp chí Ung thư học*, 1, tr 98- 103.
3. Lê Quang Hải (2009), *Đánh giá chẩn đoán tế bào học qua chọc hút kim nhỏ, áp lam, sinh thiết tức thì trong ung thư vú*, Luận án Tiến sỹ Y học, Hà Nội.
4. Nguyễn Văn Qui (2007), *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị ung thư vú giai đoạn I-III ở phụ nữ tại Bệnh viện đa khoa Cần Thơ*, Luận án Tiến sỹ Y học, Hà Nội.
5. Tạ Văn Tờ (2004), *Nghiên cứu hình thái học, hóa mô miễn dịch và giá trị tiên lượng của chúng trong ung thư biểu mô tuyến vú*, Luận án Tiến sỹ Y học, Hà Nội.
6. Nguyễn Đình Tùng (2005), *Nghiên cứu tình trạng di căn hạch nách và kết quả điều trị ung thư tuyến vú bằng phẫu thuật cắt vú triệt để cải biên*, Luận án tiến sỹ Y học, Học viện Quân y.
7. Eskelinen M, Collan Y, Puittinen J (1989), “Frozen section diagnosis of breast cancer”. *Acta Oncol*, 28(2), pp. 183- 6.
8. Ismail Jatoti, Manfred Kaufmann (2006), *Atlas of Breast Surgery*.
9. Sin JW, Lee SJ, Jeong KH, Kwun KB (2000), “Clinical Significance of Rotter’s Nodes in Patients with Breast Carcinomas”, *J Korean Breast Cancer Soc*, 3(2), pp. 162- 170.